UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 - N° 279

L'Assistance Médico-Sociale dans les Territoires du Sud-Algérien

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 1956

PAR

Jean-Claude POUGET

Né à Bordeaux (Gironde), le 11 Septembre 1927

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PIECHAUD, Professeur . — *Président*

F. PAPIN, Professeur..... — *Juges*

P. LAUMONIER, Agrégé.. — *Juges*

P. FREOUR, Agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, rue Teulère

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0054

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 - N° 279

L'Assistance Médico-Sociale dans les Territoires du Sud-Algérien

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 1956

PAR

Jean-Claude POUGET

Né à Bordeaux (Gironde), le 11 Septembre 1927

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PIECHAUD, Professeur . *Président*
F. PAPIN ,Professeur..... *Juges*
P. LAUMONIER, Agrégé.. *Juges*
P. FREOUR, Agrégé..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, rue Teulère

1956

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. Dupérié, Chelle, G. Portmann.
DOYEN : M. Sigalas. — **ASSESSEUR** : M. Tayeau.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. Mandoul, Andérodias, Rocher, Lande, Duvergey, Carles, Leuret, Charrier, Dubreuil, Cruchet, Perrens, Beauvieux
Creyx, Mauriac.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	De Grailly
—	Broustet
Clinique chirurgicale	Papin
—	Massé
Clinique d'accouchements	M. Rivière
Clinique gynécologique	Magendie
Anatomie pathologique et microscopie clinique	Léger
Anatomie	Dufour
Anatomie générale et histologie	Mayer
Hygiène et Clinique de la tuberculose	Piéchaud
Médecine légale et médecine du travail	Dervillée
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	Reboul
Chimie	Mesnard
Matière médicale	Masquelier
Pharmacie	Vitte
Physiologie	Fabre
Clinique médicale des maladies des enfants	Fontan
Zoologie et parasitologie	Sigalas

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	Saric
Clinique ophtalmologique	Bessière
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Pouyanne
Clinique médicale et des maladies infectieuses	Aubertin
Chimie biologique et médicale	Tayeau
Physique médicale et pharmaceutique	Piffault
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	Moretti
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Joulia
Clinique des maladies des voies urinaires	Darget
Clinique des maladies nerveuses et mentales	Delmas-Marsalet
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. Portmann
Toxicologie et hygiène appliquée	Castagnou
Clinique odonto-stomatologique	Dubecq
Botanique et cryptogamie	Girard
Thérapeutique	F.-J. Traissac
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Dubarry
Carcinologie	Lachapèle

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. Blanquet (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. Mahon (Obstétrique), Pautrizel (Parasitologie), Mlle Rougier (Physiologie), M. Moustardier (Bactériologie)
M. Cazaux (Pharmacie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	Rigaud
—	Cabanie
Biochimie médicale	Neuzil
Pathologie expérimentale	Faure

	MM.
Physique médicale	Duhamel
Pharmacie (1re Section)	R. Golse
—	Romain
Pharmacie (2e Section)	Quilichini

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. Stoll (Histologie), M. Marquevielle (Biologie Médicale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	Bergouignan
—	Leng-Lévy
—	Lavignolle
—	Martin-Dupont
—	David-Chaussé
—	J. Rivière
Chirurgie générale	Laumonier
—	Chavannaz
—	Villar
—	Tingaud
—	Depaulis
—	Darmaillacq

	MM.
Obstétrique	Chastrusse
—	Faugère
Ophtalmologie	Corcelle
Oto-rhino-laryngologie	Despons
—	M. Portmann
Dermatologie et syphiligraphie	Le Coulant
Pédiatrie et puériculture	Verger
Médecine légale et médecine du travail	L'Epée
Odonto-stomatologie	Benoit
Urologie	Lange
Neurologie et psychiatrie	Blanc
Pneumo-phtisiologie	Fréour

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	Laumonier
Accouchements	Chastrusse
—	Faugère
Puériculture	Verger
—	Péry
Législation pharmaceutique	Coustou
Cryptogamie	Laubie
Obstétricie sociale	Mahon
Organographie et physiologie végétale	Tempère
Chimie biologique analytique	Marquevielle
Chimie analytique	Babin
Pathologie chirurgicale	Villar
—	Chavannaz
—	Tingaud
—	Darmaillacq
—	Laporte

	MM.
Zoologie pharmaceutique	Bailenger
Physiologie	Mme Linguette
Toxicologie et Hygiène	Mlle Larcebau
Phytopharmacie	Cortesi
Droit médical international	Auby
Médecine légale	L'Epée
Séméiologie médicale	J. Rivière
Séméiologie chirurgicale	Depaulis
Embryologie	Stoll
Pathologie médicale	Bergouignan
—	Leng-Lévy
—	Lavignolle
—	David-Chaussé
—	Rivière
—	Martin-Dupont

Le Secrétaire principal de la Faculté : André Gayraud.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde gratitude.

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL PASSAGER

Directeur du Service de Santé des Territoires du Sud

Qui a encouragé et facilité ce travail. Nous le prions de trouver ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur P. FREOUR

Agrégé de Pneumo-Phtisiologie
Médecin phtisiologue des Hôpitaux

Nous vous adressons toute notre reconnaissance pour l'enseignement et la bienveillance que vous nous avez prodigués au cours de nos études.

Monsieur le Docteur P. LAUMONIER

Agrégé de Chirurgie générale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier des Palmes académiques

Hommage respectueux et reconnaissant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de nous juger.

Monsieur le Professeur F. PAPIN

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier des Palmes académiques

En reconnaissance de son enseignement, notre plus sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre de la Santé publique
Officier des Palmes académiques
Croix de Guerre
Médaille des Epidémies
Officier de l'Instruction publique
Fellow in the American College of the chest physycians

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui sommes très reconnaissant de l'intérêt et des conseils que nous avons reçus alors que nous étions dans les Territoires du Sud. En hommage de notre profond respect.

INTRODUCTION

Ce sont les obligations militaires qui nous ont permis de connaître les Territoires du Sud-Algérien et d'étudier sur place les heureuses réalisations de l'Assistance Médicale Sociale dans cette région. Affecté au mois d'octobre 1954 en Algérie, nous avons préféré, parmi les différents postes qui nous étaient proposés, choisir de servir dans le Sahara.

Successivement nommé dans quatre oasis très éloignées les unes des autres, nous fûmes le témoin que partout, dans toute la région saharienne, le service médico-social est parfaitement organisé et prouve bien que la France ne mérite pas ce reproche de « colonialisme mercantile » que lui font hypocritement certains pays et qu'elle a su faire là-bas œuvre bienfaisante et civilisatrice.

Mais cette œuvre n'est pas suffisamment connue. Nous-même avant de servir en Algérie ignorions tout de l'Assistance Médico-Sociale des Territoires du Sud. Le magnifique effort créateur français dans ce pays et en particulier dans le Sahara nous était inconnu. Dans le domaine médical que nous étions mieux préparé à apprécier, comme dans tous les autres, notre surprise du début a fait place à l'admiration pour l'œuvre accomplie ainsi que pour ceux qui l'ont réalisée.

Le présent travail suivra le plan suivant :

Dans une première partie, nous essayerons de présenter dans leur ensemble les Territoires du Sud avec leurs caractéristiques géographiques, administratives et climatiques. Il est intéressant de connaître le peuplement de cette région et quelles sont les conditions de vie de ses habitants si intimement liées avec leur

pathologie. Enfin, nous noterons quelques pratiques de thérapeutiques locales choisies parmi les plus caractéristiques.

La deuxième partie sera consacrée à l'organisation médico-sociale des Territoires du Sud. Nous verrons successivement l'historique, les moyens d'action, les établissements et le personnel constituant l'Assistance Médico-Sociale.

La troisième partie englobera la pathologie des Territoires du Sud et les affections qui y sont encore les plus courantes et les plus répandues. Nous nous efforcerons d'y montrer qu'à chaque fléau social la France a répondu par une lutte constante et quels en ont été les résultats.

Ainsi que l'a dit Son Excellence Mr. Douglas Dillon, dans un discours récent : « La France a le droit d'être fière de ce qu'elle a accompli en Afrique du Nord » et il a ajouté : « Je ne peux m'empêcher de dire qu'il serait utile qu'elle s'efforçat de faire en sorte qu'on en soit mieux averti dans le monde ».

Nous serions heureux si nous pouvions espérer avoir apporté notre très modeste contribution à une meilleure connaissance de l'œuvre française dans les Territoires du Sud.

PREMIÈRE PARTIE

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ADMINISTRATIVES, CLIMATOLOGIQUES ET ETHNIQUES DES TERRITOIRES DU SUD

1°. — LIMITES GÉOGRAPHIQUES DES TERRITOIRES DU SUD.

Les Territoires du Sud comprennent deux régions très différentes et très inégales :

— Au nord : les Hauts Plateaux, l'Atlas saharien couvrant environ 150.000 km2 ;

— Au sud : le Sahara proprement dit couvrant environ 2.000.0000 de km2.

Ces territoires confinent au nord aux quatre départements algériens par une ligne qui sépare les Hauts Plateaux suivant la direction des Chotts.

A l'ouest, la frontière est celle du Maroc jusqu'à la pointe nord-est suivant la ligne du Rio del Oro.

La frontière orientale suit les confins de la Tunisie jusqu'au voisinage de Ghadames, puis ceux de la Tripolitaine (Libye) passant par Djanet et Ghat.

La limite méridionale sépare les Territoires du Sud de l'Afrique Occidentale Française. L'angle extrême se trouve sur le 20° de latitude nord à 1.800 km. à vol d'oiseau d'Alger. La distance du Rio del Oro à la frontière libyenne est à peu près la même.

La superficie totale des Territoires du Sud dépasse les deux millions de km2 soit environ quatre fois l'étendue de la France métropolitaine.

2°. — Organisation administrative.

Les Territoires du Sud ont été créés par la loi du 24 décembre 1902, et par le décret du 14 août 1905. Ils ont conservé depuis les mêmes limites et une administration particulière.

La loi du 20 septembre 1947, portant statut organique de l'Algérie, a prononcé dans son article 50, la suppression de ce « régime spécial ». Toutefois, le même article spécifie, que le statut définitif de ce territoire serait fixé par une loi prise après avis de l'Assemblée algérienne. Cette loi n'a jamais été votée par le Parlement. Les Territoires du Sud continuent de ce fait à avoir leur Administration particulière. Il ne semble pas que les modifications concernant les départements du Nord soient appliquées aux Territoires du Sud et le Conseil des ministres du 20 juin 1956 a décidé d'y maintenir le statu-quo.

Ils comprennent quatre grandes circonscriptions ayant respectivement leurs sièges de commandement à : Colomb-Béchar, Touggourt, Laghouat et Ouargla : le territoire d'Aïn-Sefra, le territoire de Touggourt, le territoire de Ghardaïa et le territoire des Oasis.

A la tête de chacun d'eux est placé un officier supérieur portant le titre de commandant militaire du territoire et représentant à la fois l'autorité civile et militaire.

Ces quatre territoires sont eux-mêmes fractionnés en communes ; celles-ci sont dirigées soit par des officiers des Affaires sahariennes (Sahara central et méridional), soit par des administrateurs des services civils (Hauts Plateaux et Sahara septentrional).

3°. — Climatologie particulière de cette région.

Les Territoires du Sud sont divisés en deux régions très différentes au point de vue climatologie : la zone présaharienne septentrionale des Hauts Plateaux et le Sahara proprement dit.

Sur les Hauts Plateaux, la température moyenne annuelle oscille autour de 13°, ainsi que dans le Hoggar les chutes de

neige y sont fréquentes en hiver et des minima de — 16° y ont parfois été constatés ; la pluviométrie et l'humidité, sans atteindre le taux du littoral, y sont appréciables.

Le climat du Sahara proprement dit est un climat d'extrêmes, très difficile à supporter par l'organisme humain, surtout pendant l'été torride. Psichari a écrit : « Le soleil accable de ses feux la terre calcinée et l'air de la fournaise consomme tout ce qui est liquide, la salive avec la sueur humaine. »

Il est probable que le Sahara, pluvieux et habité au paléolithique, de multiples dessins rupestres en font foi, s'est dépeuplé jusqu'au néolithique, son climat devenant aride et excessif.

Pluviométrie. — Pour Hérodote, le Sahara était « la terre sans pluie » et les Arabes l'appellent « le Pays de la Soif ».

Les pluies sahariennes sont essentiellement capricieuses, elles tombent sous forme de petits déluges localisés, séparés par des périodes de sécheresse d'une ou plusieurs années. Les moyennes sont difficiles à obtenir, car il faut des observations portant sur de longues années. Il ne semble pas que des maxima de dix années sans pluie, cités par certains auteurs, puissent être retenus, car la pluie de l'autochtone n'est pas celle du géographe pour qui la plus minime précipitation est une pluie.

Le régime des pluies varie suivant la longitude. Il est de 200 mm. à Laghouat, de 80 mm. à El Oued, de 25 mm. à Adrar et inférieur à 10 mm. à In Salah.

Ces pluies de faible valeur absolue sont compensées par une vitesse de chute, en général suffisante, pour donner lieu à un ruissellement important. Ce ruissellement est l'agent fertilisateur du désert et son étude doit être à la base de tout projet d'aménagement : c'est lui qui constitue l'Oued, dont la création, en apparence spontanée, fait l'étonnement du néophyte, qui voit cette masse d'eau arriver à une vitesse pouvant dépasser les dix kilomètres-heure.

Cette faible pluviométrie entraîne des moyennes hydrométriques très basses souvent inférieures à 20 %.

Température. — La température du Sahara atteint les 55° (température prise dans les conditions météorologiques), c'est-à-dire enregistrée dans un lieu à l'ombre et correctement ventilé.

Contrastant avec un été long et chaud, l'hiver est court et froid, mais les jours de gelée sont rares dans le Sahara proprement dit.

Les vents. — Le régime des vents, très variables, constitue avec la chaleur et l'aridité, la physionomie si particulière du Sahara.

Que ce soit en hiver ou en été, les vents sont toujours violents.

Les vents de sable sont une perturbation particulièrement redoutée. Soufflant à 100 km-heure, le sable, réduit par cette érosion continuelle à une fine poussière, s'élève jusqu'à 2.000 mètres et reste en suspension dans l'atmosphère. Psicari a pu écrire : « On entre dans l'air comme un nageur faisant effort pour fendre une eau morte ».

Sous l'influence des trombes de sable, la respiration devient haletante, les muqueuses de la bouche et du nez sont sèches. La déshydratation est intense : la ration d'eau journalière minimum est de cinq litres, la ration de travail est de quinze litres. Pour peu qu'un pareil état dure, le cerveau manifeste des syndromes de prostation. Sans eau, la mort survient en été au bout de deux à trois jours.

Les variations de l'électricité atmosphériques particulièrement importantes dans la région des grands Ergs, explique certains comportements des Européens et l'instabilité psychique que l'on peut constater dans ces moments.

Paradoxalement, une certaine excitation, qui faisait dire à Renan : « Le désert est métaphysique », s'empare des âmes les mieux trempées, alors que les caractères moins fermes sombrent dans un état de dépression profonde. Psicari parlait « de la libre excitation et de l'esprit bondissant dans l'espace ».

4°. — Le Peuplement.

Si nous négligeons la population européenne, nous trouvons une population musulmane très inégalement répartie : dans la zone septentrionale, au nord d'une ligne passant par Colomb-Béchar, Ghardaïa, El Oued, soit le cinquième de la superficie totale, résident les trois-quarts de la population.

L'extrême-Sud saharien ne compte guère que 200.000 habitants, ce qui a pu faire dire que le Sahara était inhabité.

Les Nomades peuplent les communes pastorales de Djelfa, Laghouat, Ouled Djellal, Géryville, Méchéria, Aïn-Séfra et les plateaux du Hoggar.

Les Nomades sont des blancs : Berbères (Targui), Arabes (Chamba), Arabo-Berbères (Maure) en errance perpétuelle de pâturages en pâturages.

Le pays du palmier-dattier : Ziban, Oued Souf, Oued Rhir et M' Zab, comprend des blancs, descendants de nomades sédentarisés et des individus, métis de noirs, les Haratins. L'origine des Haratins, qui peuplent les oasis sahariennes (Oued Rhir, Ouargla, Touat) a fait l'objet de controverses passionnées ; beaucoup ont été importés du Soudan comme esclaves. Par un phénomène assez curieux, on assiste à la disparition des Haratins, après un métissage de deux générations dans les oasis où ils sont minoritaires. Au début de ce siècle, ce même phénomène a été noté par un médecin français, à Alger, qui a constaté la disparition des descendants des esclaves noirs, nombreux en 1830 au moment de la conquête française.

La proportion des Haratins et des Soudanais de pure race noire est encore plus élevée dans le Sahara central et méridional.

Il existe enfin d'importantes colonies juives dans le M'Zab, le Sud Oranais et en particulier Colomb-Béchar, et à El Oued (celles-ci étant d'ailleurs en voie d'émigration totale depuis les troubles).

La population est relativement stable : 95 % des résidents sont des personnes nées dans la commune où elles ont été recensées.

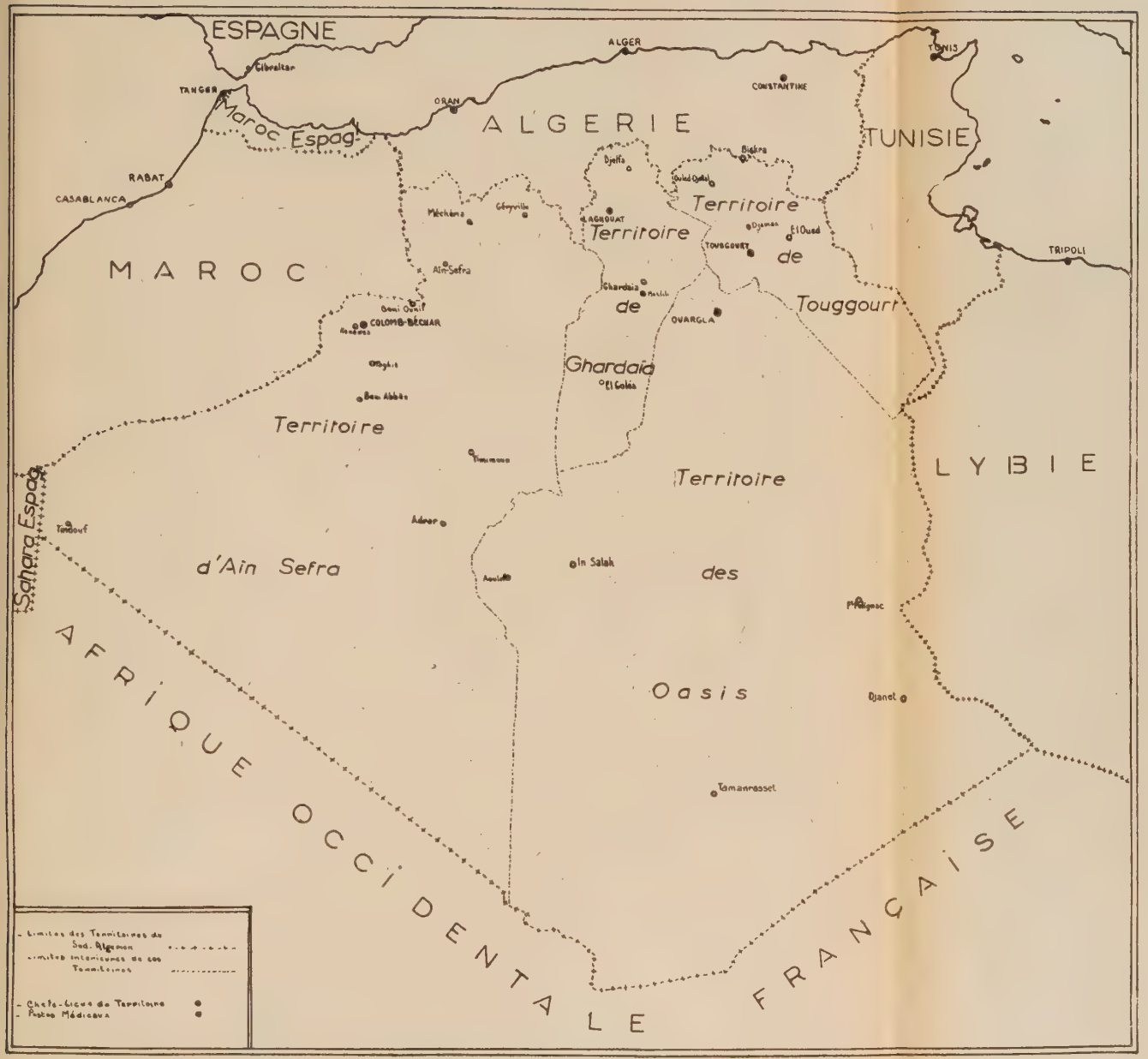
L'état civil, dont la création est encore récente, n'autorise pas le fixation exacte de la structure par âge, mais il semble bien que le climat saharien ne permette pas une très grande longévité.

La population musulmane comptait, en 1936, 637.519 personnes, 801.662 en 1948, et dépasse le million actuellement.

Comme dans toute l'Afrique française du Nord, la démographie continue à « galoper »... Pour seize communes ou postes où fonctionne normalement l'état civil il a été enregistré en 1955, 22.944 naissances pour 6.604 décès.

ALGERIE

Territoires du Sud



LES CONDITIONS DE VIE

André Gide a qualifié le Sahara de « pays de mortelle gloire et d'intolérables splendeurs ». Constatant combien tout paraît ligué contre l'homme dans le Sahara, il ajoutait : « Nulle part ailleurs l'effort de l'homme n'y est plus laid et misérable ». Il nous semble au contraire que les conditions particulièrement pénibles au sein desquelles s'exerce cet effort le rendent digne d'admiration.

Alors que dans les départements du Nord l'influence européenne a modifié les conditions de vie, les Territoires du Sud conservent leurs habitudes archaïques. Bien entendu le mode de vie diffère assez sensiblement entre les sédentaires des oasis et les nomades.

Habitat.

a) *Chez le nomade.* — Le nomade accompagne ses troupeaux à la recherche des pâturages. Il considère avec Mahomet que là où entre la charrue entre le déshonneur et ne cultive pas la terre. Mais les pâturages sahariens sont maigres et un troupeau a vite fait de l'épuiser. Il s'ensuit un va-et-vient incessant de novembre à avril, formant un ensemble complexe, combinant les migrations pastorales et commerciales. La grande migration commune de l' « achaba » s'est transformée en petits déplacements depuis que la sécurité des caravanes est assurée.

Le nomade se déplace avec ses méhara, « chameaux de selle », ses chameaux de bât, quelques chèvres et moutons. Sa vie est si intimement liée à celle du chameau qu'Henry-Paul Eydoux a pu écrire du nomade qu'il était « le parasite du chameau ».

Les chameaux de bât transportent la tente qui est l'habitat du nomade. De surface rectangulaire au sol, elle est formée de bandes de toile juxtaposées, tissées avec des poils de chameaux ou de chèvres. Des cordelettes de même origine assurent la fixa-

tion de l'ensemble au sol. La pente des murs est suffisante pour diminuer la prise du vent toujours violent dans le Sahara. Un certain effet de décoration est recherché dans l'ordonnance de bandes claires et sombres, parfois même polychromes dont la disposition est particulière à la tribu.

Intérieurement, le sol est recouvert de nattes ou de tapis grossiers. La hauteur des mâts de soutènement ne permet pas de se tenir debout. Une tenture isole les femmes. Il n'y a aucun mobilier, exception faite de quelques objets qui jonchent le sol : le nécessaire à thé, les plats en terre, les guerbas contenant l'eau ou le lait et l'inévitable plat servant à rouler le couscous.

b) *Chez le sédentaire.* — Les maisons construites en toub (briques de terre séchées au soleil) s'ordonnent sans souci d'urbanisme autour de ruelles étroites et tortueuses. Le toit supporte très rarement un étage, le plus souvent une terrasse qui permettra un séjour plus agréable au cours des nuits torrides de l'été. Ce toit est formé le plus souvent de troncs de palmiers fendus par le milieu entre lesquels de la terre a été tassée. Dans certaines oasis la présence d'un chott à proximité a permis de substituer au toub des plaques de sel disposées dans le sens horizontal ou vertical. L'ensemble est peu résistant, les pluies entraînent des catastrophes, la sécheresse aussi, et il n'est pas rare de voir venir se faire soigner de pauvres bougres dont la maison s'est effondrée sur eux. Les pièces, dont le nombre est variable suivant l'importance de la maison, sont sans fenêtres et s'ouvrent sur une cour intérieure. Le plus souvent, il n'y a aucun mobilier à l'exception de coffres en bois servant à serrer les hardes et les petits objets.

Dans la cour intérieure, brûle entre deux pierres un feu parcimonieusement entretenu, le Kanoun, car le combustible est cher ; pourtant il n'est pas rare que les enfants en jouant se fassent des brûlures très graves.

Bien entendu, les animaux domestiques, poulets étiques, pigeons, chèvres, moutons, cohabitent et, si les habitants sont plus aisés, l'âne et même le mulet.

Hygiène générale.

La notion en est complètement étrangère à l'autochtone. Pourtant les prescriptions hygiéno-diététiques abondent dans le Coran. Mais il est, avec le Ciel, des accommodements.

Ainsi, les ablutions rituelles, qui en principe doivent se faire avec de l'eau avant les prières, peuvent être pratiquées avec du sable, dans le Sahara du moins ! Même si l'eau est abondante et distribuée par des fontaines dans le ksar comme cela se voit depuis la présence française, on continue à s'en passer le plus possible pour les ablutions. Personne d'ailleurs ne paraît s'en porter plus mal. Les vêtements ne sont jamais lavés ; si l'usure provoque des délabrements trop importants, une pièce neuve est cousue à l'extérieur, l'étoffe souillée restant sur le corps. Comme ils ne sont jamais enlevés il n'est pas rare de trouver une étrange stratigraphie formée par les habits sucessifs les plus près du corps étant réduits à l'état de haillons. Les bébés ne sont l'objet d'aucun soin corporel particulier « s'ils se souillent d'urine cela n'a aucune importance ; si c'est plus sérieux, un morceau de chiffon enlève le plus gros ».

Les parasites externes comme les poux ou internes comme les ascaris et oxyures sont remarquablement tolérés. Ils sont extrêmement fréquents (23 cas d'ascaridiose sur 25 examens de selles). Le taenia échinocoque sévit à l'état endémique.

L'Alimentation.

Pour ce qui est de l'alimentation et il serait possible de consacrer de longues études à ce sujet, disons tout de suite qu'elle est insuffisante en qualité comme en quantité.

Cette insuffisance est parfois dramatique dans les périodes de sécheresse et la recherche des graines sauvages se poursuit alors jusque dans les fourmillières.

En temps ordinaire, l'autochtone doit se contenter de ce que certains auteurs ont appelé les « richesses de misère ».

Il serait intéressant de rechercher comme cela a été réalisé pour les villes européennes, le nombre de calories dont dispose un habitant des oasis. Il est certain que le chiffre obtenu serait inférieur à ce que nous avons l'habitude de considérer comme la ration minima. Malheureusement une telle étude se heurte à de nombreuses difficultés car la majeure partie de l'alimentation provient non du marché, mais des jardins particuliers dont il est difficile d'évaluer la production.

Au point de vue qualitatif, les glucides dominent au point de constituer la presque totalité de l'alimentation. Sauf parmi les riches, les protibes et les lipides sont rares. Certains auteurs ont établi une discrimination entre la nourriture du nomade et celle du sédentaire estimant la première beaucoup plus riche en viandes. En réalité chez le nomade la viande représente un capital rarement entamé. Seul le revenu de ce capital (lait et beurre liquide) est habituellement consommé. Le capital viande sera utilisé pour les fêtes ou en cas de besoin absolu.

Pratiquement, cette nourriture est d'une uniformité absolue ; toutes les classes de la société consommant un menu presque identique, à tous les repas, la vie durant.

Ce menu se compose de « cheurba », sorte de soupe très épicée de fell-fell qui s'agrémente chez les plus aisés de rares morceaux de viande et même de volaille. Avec l'inévitable couscous, la galette cuite sans levain et les dattes, le repas est constitué.

La boisson est l'eau que l'on transporte dans les guerba (outres faites d'une peau entière de chèvre passée intérieurement au goudron et dont le cou constitue l'ouverture) et que l'on fait rafraîchir dans des poteries poreuses. Avec l'eau, le thé est la boisson courante ; son introduction dans le Sahara est relativement récente, mais il est devenu, a dit Théodore Monod, « une boisson nationale, une passion, presque un vice ». Sa consommation donne lieu à des rites compliqués et il est souvent mélangé à des feuilles de menthe et des arachides aux hypothé-

tiques vertus aphrodisiaques. Cependant, il ne nous a pas été donné d'observer de phénomènes de « théïsme » et nous n'en avons pas trouvé mention dans les ouvrages des médecins locaux.

Le café prend une certaine vogue, il est parfois consommé poivré ce qui lui donne une saveur curieuse.

Les riches qui pourraient introduire plus de diversité dans leurs menus ne semblent pas en éprouver le besoin et tous se contentent à peu près de ce que nous venons de décrire très brièvement.

Au cours d'une année saharienne, il ne nous a pas été donné de voir un seul cas de cirrhose, du moins chez les autochtones. Les obèses sont rares si l'on exclut certaines femmes qui subissent parfois même un gavage destiné à leur donner une esthétique correspondant aux canons de beauté locaux (khouasor : trois plis sur le ventre).

Cette diététique assez particulière ne semble pas occasionner de graves désordres chez l'adulte. Il n'en va pas de même chez le nourrisson auquel nous aimerions consacrer quelques lignes.

Alimentation du Nourrisson.

Comme chez tous les primitifs, l'enfant est sevré le plus tardivement possible. Il est exceptionnel de constater une survie si le lait de la mère vient à faire défaut pour une cause quelconque. Le lait maternel est le seul aliment auquel le nourrisson aura droit avant de passer sans transition à l'alimentation de l'adulte.

Les notions de périodicité des tétées et de quantité sont bien entendu absentes. Le nourrisson ne quitte jamais en fait les bras de sa mère ; cette pratique sera, avec une alimentation déficiente, une cause certaine du retard des premiers pas, toujours observable. S'il pleure, la réponse à ses cris est la mise immédiate au sein qui n'est d'ailleurs pas nécessairement celui de la mère. Toute femme présente a vite fait de se montrer compatissante, les plus vieilles en particulier. A cette évidente charité, ne se mêle-t-il pas la recherche d'une certaine satisfaction personnelle ? Nous nous le sommes demandé...

Vient le sevrage, toujours brutal et sans transition, le plus tardif possible, quand on n'attend pas que la dénutrition soit manifeste. L'enfant mange alors la même nourriture que ses parents, fell-fell compris. Cela ne vas pas sans graves intolérances digestives. Les eczémas sont alors fréquents ainsi que les affection des voies digestives. Les toxicoses ne sont pas rares en été surtout la déshydratation étant intense.

Le nourrisson, fragilisé aux affections respiratoires, présente souvent des troubles de carence. Le trachome ainsi que l'on souligné H. Foley et L. Parrot, apparaît chez le nourrisson à partir du troisième mois et atteint la presque totalité d'entre eux.

La mortinatalité, en régression très nette grâce aux efforts des médecins de l'Assistance Médico-Sociale est encore importante et l'on est frappé par la proportion élevée des tombes d'enfants dans les cimetières.

Qu'il soit permis, en conclusion, de terminer par une anecdote qui nous semble caractéristique : Une maman amène son fils en consultation, nous disons bien son « fils », car, si c'eût été une fille, moindre aurait été son inquiétude. L'enfant a deux ans et demi et est déjà cachectique. Or c'est son sixième enfant et les cinq autres, nous dit-elle, sont morts à peu près au même âge et dans le même état. L'interrogatoire nous apprend sans difficulté que cet enfant continue à se contenter, bien malgré lui, d'un sein dont la sécrétion est pratiquement nulle. x

THERAPEUTIQUES INDIGENES

Multiples sont les thérapeutiques indigènes. Nous nous bornerons à citer celles qui sont encore plus couramment observées ou qui nous ont paru particulièrement caractéristiques. Il faut cependant noter la régression très nette, d'année en année, de l'influence des marabouts au point de vue médical. Les « médecins » spécialisés, vivant de leur art, ont disparu. Nous en avons connu un qui avait nettement modernisé son matériel, puisqu'il opérait grâce à une énorme batterie de poste à pile ; objet que n'aurait pas désavoué un guérisseur de nos campagnes.

Dans l'ensemble, le « toubib » placé par le baïlik (gouvernement) a su capter la confiance et l'on s'adresse volontiers à lui, de préférence à ses « confrères » locaux.

L'accouchement est considéré comme un acte physiologique ne réquerrant nullement l'aide du médecin. Ce sont les gablas (sage-femmes) spécialisées qui en sont chargées. En fait, toutes les vieilles qui ont eu beaucoup d'enfants sont plus ou moins « gabla » et il n'est pas rare d'en trouver une bonne dizaine autour de la parturiente. L'accouchement se pratique en position accroupie, la patiente pouvant s'aider au moment des douleurs d'une corde pendue au plafond renforçant ainsi la contraction. Nombreux sont les touchers pratiqués sans aucune asepsie ; les voies génitales étant ainsi très fréquemment infestées. Tout il est vrai rentre dans l'ordre sans autres complications après l'accouchement. Les dystocies ne sont ni plus ni moins fréquentes qu'en France, mais posent aux « gabla » des problèmes qu'elles ne peuvent évidemment résoudre. Elles conseillent alors l'hospitalisation et le médecin recueille alors souvent une parturiente à la dernière extrémité accablée par des essais infructueux prolongés.

La circoncision : est pratiquée par des « spécialistes ». Le prépuce étant tiré en avant de la main gauche et sectionné d'un seul coup de la main droite. Si le « spécialiste » est trop novice ou si l'âge fait trembler sa main ou encore si sa vue est par trop faiblissante, l'ablation de l'extrémité de la verge vient compliquer cette intervention. Plus courant est la constitution d'un paraphimosis serré et douloureux. La circoncision pratiquée, la verge est enveloppée de chiffons sales quand elle n'est pas placée par d'autres tribus dans du sable dont les vertus hémostatiques sont certaines, mais l'aseptie plus discutable. Aussi n'est-il pas exceptionnel d'observer des gangrènes. L'influence médicale se fait aussi sentir dans ce domaine. Dans certaines oasis on a pris l'habitude, après l'intervention, d'amener l'enfant à l'infirmerie pour lui faire appliquer des antiseptiques et un pansement. Nous avons connu, à El Oued, un infirmier qui, prenant ses vacances à l'époque où se font les circoncisions, objet d'une fête, prati-

quait la totalité de celles-ci dans les meilleures conditions d'aseptie et à la satisfaction générale.

Les fractures sont réduites par les nomades, puis consolidées grâce à des plâtres remarquables. Le membre est d'abord maintenu en position correcte au moyen de deux planchettes fixées par des bandes de tissu. Puis, au moyen d'une sorte d'argile à prise rapide, le « plâtre » est réalisé.

La variolisation, de pratique courante dans certaines tribus, il y a encore une vingtaine d'années, a actuellement disparu au profit de notre vaccination antivariolique.

Les interventions sur l'œil ou ses annexes sont en faveur dans certains groupes ethniques. Une épine de palmier permet de maintenir fixée sur elle-même la paupière préalablement incisée et remontée. Le résultat immédiat de ce trichiasis est bon. Malgré nos recherches, nous n'avons pu observer les opérations de cataracte que réaliseraient certaines tribus en basculant en arrière le cristallin.

Les pointes de feu sont appliquées sur toutes les régions douloureuses. Pratiquées *larga manu,* elles occasionnent des brûlures au 3e degré, parfois graves, car fréquemment surinfectées.

Les douleurs dentaires sont parfois calmées par une brûlure pratiquée au niveau de la tête du 2e métacarpien. Il est assez curieux de constater que ce point est le « sou-tsien », point correspondant, en acupuncture, au méridien du gros intestin.

Les fumigations d'huile et d'urine sont souvent prescrites.

Enfin, il nous faut citer quelques produits souvent utilisés pour leurs vertus thérapeutiques :

— Le khol (sulfate d'antimoine) passé sur les paupières préserve les yeux des affections oculaires.

— Le henné, dont le pouvoir colorant vis-à-vis des phanères est curieux, guérit de nombreuses maladies.

— Les graines de cumin, dont le spectre thérapeutique est étendu, sont en outre efficaces contre les « djenoun » (génies) ; il en est de même de l'armoise utilisée de multiples façons.

— La moelle des os d'autruches est très prisée pour ses vertus thérapeutiques et aphrodisiaques.

— La graisse de renard est souveraine dans les affections pulmonaires.

— La viande de chien est consommée dans certains ksours et ses vertus sont multiples.

— Les sauterelles guérissent des maux de ventre, surtout si elles viennent d'un pays dont le sol n'a pas été foulé par des Infidèles.

Tout le monde porte autour du cou une série de petits sachets de cuir destinés à protéger de tous les maux et en particulier à éloigner les scorpions. La composition de ces sachets, variable et secret, a été analysée par les laboratoires de pharmacie de la Faculté de Médecine d'Alger.

Enfin, certaines spécialités pharmaceutiques sont très appréciées et les propriétés curatrices qui leur sont attribuées surprendraient leur fabricant. Il en est ainsi de l'Aspro.

DEUXIÈME PARTIE

L'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE DES TERRITOIRES DU SUD

1°) HISTORIQUE.

L'organisation de l'Assistance medico-sociale des territoires du Sud est réglée par le décret du 15 février 1918.

Le personnel qui assure ce service relève d'un médecin militaire, officier supérieur, placé auprès du Gouvernement général de l'Algérie et cumulant, pour ces territoires, les fonctions de directeur des services de Santé, civiles et militaires.

Jusqu'en 1949, l'assistance était faite uniquement par les médecins de l'armée. Depuis, en prévision du rattachement administratif des régions situées au-dessus de la ligne Colomb-Bechar, Ghardaia, Touggourt, les médecins militaires de la plupart des postes de ces régions ont été remplacés progressivement par des praticiens civils conventionnés. Ce retrait a permis en contre-partie la création de nouveaux secteurs médicaux ou la réouverture de postes rattachés à des territoires voisins.

En 1955, un poste d'adjoint au directeur du service de Santé a été créé.

Depuis janvier 1954, quatre médecins E.O.R. ont été affectés à Zéribet el Oued, Sidi Okbat, Touggourt et Djelfa.

La faveur dont jouit l'assistance médicale ne cesse de croître ainsi qu'en témoignent les statistiques publiées chaque année.

Les désordres qui ébranlent les régions du Nord n'ont eu, jusqu'à présent, aucune répercussion sur l'édifice médico-social des territoires du Sud.

2°) Les établissements de l'assistance médicale.

Ces établissements comprennent :

— Les infirmeries ;

— Les postes sanitaires ruraux.

a) *Les infirmeries* sont à la fois des dispensaires et des hôpitaux avec des services de consultation externe et des locaux d'hospitalisation.

Actuellement au nombre de 28, elles se répartissent comme suit :

Territoire d'Aïn-Sefra, 11 : Méchéria, Géryville, Aïn-Sefra, Béni-Ounif, Colomb-Béchar, Kénatza, Taghit, Béni-Abbès, Adrar, Timimoun, Tindouf.

Territoire de Ghardaïa, 5 : Djelfa, Laghouat, Ghardaïa, Metlili-les-Chamba, El Goléa.

Territoire de Touggourt, 5 : Biskra, Ouled Djellal, Djamaa, Touggourt, El Oued.

Territoire des Oasis, 7 : Ouargla, In Salah, Aoulef, Tamanrasset, Djanet, Fort Polignac et Fort Flatters réouvert en 1955.

Un très gros effort a permis de doter ces infirmeries de constructions modernes en dur. Non sans surprise, le voyageur étonné découvre ces vastes bâtiments dont l'équipement est remarquablement complet. C'est ainsi que toutes ces infirmeries disposent d'un poste de microscopie et qu'une vingtaine d'entre elles possèdent une installation radiologique. Près de 25.000 examens radiologiques ont été effectués en 1955. La capacité actuelle de ces infirmeries est de 900 lits auxquels il faut ajouter les lits dont disposent les autochtones dans les deux hôpitaux militaires de Colomb-Béchar et de Ouargla et de l'hôpital Lavigerie, à Biskra.

Le nombre des lits varie de 14, à Taghit, à 140, à Djelfa.

b) *Les postes de secours ruraux* sont des établissements plus modeste, ne comportant que des locaux de consultation et de soins courants. Certains sont de véritables dispensaires et disposent, en outre, de quelques lits pour l'hébergement momentané des malades. Un infirmier s'y trouve à poste fixe et assure les soins courants et le médecin y donne des consultations à date fixe. La périodicité de ses passages est fonction de l'importance du poste. Le nombre de ces postes s'est considérablement accru, puisque de 25 en 1930, il est passé à 111 en 1945 et à 124 en 1952. Il est actuellement de 142.

La répartition territoriale est la suivante :

Territoire d'Aïn-Sefra : 52 ; territoire de Ghardaïa : 24 ; territoire de Touggourt : 44 ; territoire des Oasis : 21.

3°) Le personnel de l'assistance médico-sociale.

L'importance de ce personnel s'accroît chaque année, afin de faire face aux besoins toujours croissants des populations. Il comprend les médecins, dentistes et pharmaciens, d'une part, et le personnel infirmier, d'autre part.

a) *Les médecins, dentistes et pharmaciens :*

— Les médecins sont au nombre de 45, soit 33 médecins de l'Armée ou auxiliaires et 12 médecins civils conventionnés compte tenu du directeur et de son adjoint et du chirurgien de l'hôpital militaire de Colomb-Béchar.

— Les pharmaciens occupent trois postes : Laghouat, Djelfa, Colomb-Béchar.

— Les dentistes sont à Djelfa, Laghouat et Géryville-Méchéri.

Les pharmaciens et dentistes sont conventionnés par les communes. Depuis peu, des pharmaciens auxiliaires accomplissant leur service ont, en outre, été nommés aux hôpitaux militaires de Colomb-Béchar et Ouargla.

b) *Le personnel infirmier :*

Infirmiers chefs européens	5
Assistantes médico-sociales	4
Infirmières diplômées ou autorisées	8
Sages-femmes contractuelles ou conventionnées	13
Sœurs blanches infirmières	31
Infirmiers musulmans titulaires	37
Personnel auxiliaire d'exploitation	322
TOTAL	420

Ce chiffre atteint au 31 décembre 1955 s'est considérablement accru, puis qu'il n'atteignait que 262 agents, en 1952.

4°) LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE.

L'activité de l'assistance médicale s'exerce dans de nombreux domaines puis qu'il comprend :

1°) La consultation gratuite ;

2°) L'hospitalisation ;

3°) La protection maternelle et infantile ;

4°) L'hygiène scolaire ;

5°) L'hygiène urbaine ;

6°) Les travaux scientifiques des médecins.

1. *La consultation gratuite :*

La consultation gratuite ainsi que les soins gratuits sont accordés à une large fraction de la population, 90 % de celle-ci pouvant être considéré comme médicalement indigente. Ces consultations et soins sont pratiqués dans les infirmeries et postes ruraux, mais aussi dans de nombreuses localités qui ne possèdent pas de postes sanitaires et où les malades sont examinés dans un local sommairement aménagé. Enfin, de grandes tournées sont organisées permettant ainsi d'assurer ce service aux éléments les plus lointains et parmi les tribus nomades. Depuis 1956, six camions aménagés en dispensaires sont en service ; ils permettent d'atteindre les isolés.

En 1955, le nombre de ces consultations a été de 1.881. 542.

Les enfants dominent nettement : 48 %. Le pourcentage des femmes est de 28 %, celui des hommes 24 %.

Les consultations et soins se répartissent approximativement comme suit : maladies des yeux et trachome, 35 à 40 % ; plaies, traumatismes, affections chirurgicales, 25 % ; affections saisonnières des voies respiratoires et digestives, 15 % ; affections diverses (fièvres éruptives, paludisme, tuberculose, 5 à 10 %).

Chaque médecin dispose d'un véhicule automobile, type Jeep ou 2 CV Citroën, suivant le terrain, qui a considérablement accru son rendement. Enfin, huit communes disposent d'une ambulance.

Le total des déplacements des médecins dépasse 350.000 kilomètres annuellement.

2. *L'hospitalisation :*

Le mouvement d'admission dans les infirmeries constitue l'un des tests les plus sûrs de l'activité de l'Assistance et de la faveur de la population autochtone. De quelques centaines annuellement à l'origine, les chiffres d'hospitalisation passent à 2.000, peu avant les hostilités, pour accuser un mouvement ascensionnel presque continu, depuis 1945. Actuellement, les populations acceptent de plus en plus un séjour à l'infirmerie et la capacité de celles-ci a dû être augmentée.

Les femmes viennent de plus en plus aisément et l'élément mâle des tribus si profondément hostile à la sortie des femmes dans le Sahara, autorise actuellement l'hospitalisation. La confiance du mari est totale pour le médecin, mais beaucoup moins en ce qui concerne l'élément masculin du personnel infirmier. Aussi, s'efforce-t-on de faire soigner les femmes par du personnel féminin et dans des locaux très strictement séparés de ceux où ont accès les hommes. Des maternités ont même pu être créées et leur extension est actuellement en cours. Les derniers réfractaires se situent parmi les Mozabites, les nomades du Hoggar et du territoire de Tindouf et certaines tribus arabo-berbères.

Les Haratins ne montrent habituellement aucune répugnance à l'hospitalisation.

Le nombre des journées d'hospitalisation qui était de 99.043, en 1947, est passé à 136.197, en 1952, et a atteint 241.585, en 1955.1

3. *La protection maternelle et infantile :*

Créée par l'arrêté gubernatorial du 7 janvier 1927, l'œuvre des mères et nourrissons est actuellement en plein essort. Grâce en partie à une aide de la CroixRouge, l'œuvre procède à des distributions de lait ou de farine. A cette occasion, les nourrissons sont pesés et examinés. Une fiche établie pour chacun d'eux permet de suivre leur croissance. Des conseils d'hygiène et de puériculture sont donnés aux mères. Dans les communes où les médecins sont secondés par du personnel féminin qualifié (sœurs blanches, en particulier, qui connaissent et ont de l'influence sur l'ensemble des mères), ce service est prospère. Ailleurs, l'assistance revêt l'aspect d'une œuvre purement charitable.

Le nombre des consultations s'est élevé, en 1955, à 83.776 pour 6.755 inscrits.

4. *Hygiène scolaire :*

Bien que constitué en service relevant de l'Education nationale, l'hygiène scolaire est assurée par des médecins de l'Assistance médico-sociale, sauf aux houillères de Kénatza. Ce service comporte plus particulièrement une visite générale au cours de laquelle sont établies les fiches médico-pédagogiques, des examens de contrôle (radioscopie pulmonaire, cuti-réactions, vaccinations, pesées).

Les communes à forte population scolarisée (Djelfa, El Oued, Laghouat, Ghardaïa, Géryville, Aïn-Séfra, Touggourt, Ouargla, Colomb-Béchar) disposent de locaux spécialement affectés à ce service et équipés en conséquence (centres d'hygiène scolaire) et les médecins y sont aidés par une adjointe d'hygiène scolaire, infirmière diplômée habituellement, chargée des soins et de la tenue du secrétariat.

Dans le Sud, les membres du corps enseignant apportent au médecin une collaboration compréhensive et dévouée. Parmi les agglomérations humaines où l'action médicale peut s'exercer très efficacement, l'école constitue un endroit de choix. En milieu musulman, la mise en œuvre des moyens de prévention et plus particulièrement des affections oculaires (trachome), des teignes, du paludisme, y est plus aisé que partout ailleurs.

En ce qui concerne le trachome en particulier, la guérison ne peut être obtenue que par l'application journalière d'antibiotiques (auréomycine). Seul, le milieu scolaire peut permettre des soins aussi constants et leur contrôle, car l'enfant est vite lassé de se présenter à l'infirmerie et s'en dispense à la moindre amélioration.

Le nombre d'écoliers soumis aux visites médicales périodiques systématiques, dans les écoles publiques ainsi que dans les écoles privées non coraniques, s'est élevé à 18.841.

4°) Hygiène générale. Commissions municipales d'hygiène.

Les commissions municipales d'hygiène ont été réorganisées par arrêté gouvernemental du 28 novembre 1953.

Ces organismes, dont les médecins sont les conseillers techniques, ont pour mission de donner leur avis sur toutes les questions relatives à l'hygiène et à la salubrité publique.

L'importance de ces commissions est grande et tout particulièrement dans les centres comme Colomb-Béchar et Kénatza dont le développement rapide récent pose des problèmes d'hygiène sérieux.

Un immense effort reste à accomplir, mais des améliorations considérables ont été réalisées ces dernières années. C'est ainsi qu'il convient de citer :

— L'amélioration du réseau d'adduction de l'eau potable ;

— Des travaux de voirie et de goudronnage des rues ;

— L'extension des réseaux d'égout ;

Cliché P. PASSAGER

Fig. 1 - Infirmerie-Dispensaire d'Adrar

Cliché J.-C. POUGET

Fig. 2 - Un poste de secours rural près d'Ouargla Sidi-Khouled

— Les grandes mesures (drainage) de lutte antipaludique ;

— La construction d'abattoirs ;

— La lutte contre les mouches.

De nombreuses expertises chimiques et bactériologiques des eaux d'alimentation ont été effectuées dans les laboratoires civils ou militaires.

Les commissions municipales d'hygiène ont tenu leurs réunions mensuellement ou trimestriellement, suivant l'importance de la commune.

Sans vouloir minimiser les efforts déployés dans bien des cas par l'Administration ou certains chefs musulmans éclairés, dans l'immense majorité des cas, ces efforts sont sans commune mesure avec l'ampleur de problèmes rendus momentanément insolubles du fait du paupérisme et de l'ignorance, mais aussi du fatalisme et de la nonchalance des populations.

5°) Travaux scientifiques et publications des médecins de l'assistance médico-sociale.

Les territoires du Sud ont fait, jusqu'à ce jour, l'objet d'un travail important d'exploration scientifique à laquelle les médecins ont largement collaboré. Depuis plus de trente ans, sous l'impulsion du chef de laboratoire saharien de l'Institut Pasteur d'Algérie, les travaux de ces médecins se sont multipliés et ont donné lieu à de nombreuses publications dont la majorité a été faite dans les *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*. De nombreuses enquêtes, monographies ont pu être ainsi réalisées sous la direction et grâce aux conseils et aux facilités offertes aux médecins par le directeur du service de Santé, saharien de longue date et connaissant à fond tous les problèmes du Sud.

Parmi les publications de ces dernières années, il faut citer :

— De nombreuses monographies comprenant l'étude géographique, historique et médicale : d'Adrar et du Touat (1947), Tindouf et le Sahara occidental (1952). Le Gouara (1953). In Salah et le Tidikelt (1955).

— Des enquêtes sur le paludisme, la tuberculose, le bouton d'Orient, les affections oculaires, le cancer.

— Des études et des observations médicales sur diverses affections.

— Des études de zoologie (scorpions et phlébotomes), de botanique, etc.

Troisième Partie

LA PATHOLOGIE DES TERRITOIRES DU SUD : LA LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES ET LES FLEAUX SOCIAUX

La pathologie des territoires du Sud est intimement liée aux conditions climatiques et de vie propres à cette région. Il n'est pas douteux que le trachome, ce fléau des régions sahariennes, est aidé, dans l'erg, par les nombreuses conjonctivites provoquées par le sable qui en font le lit et que le manque d'hygiène en augmente sa diffusion. Par ailleurs, l'action de l'homme a profondément modifié la pathologie locale. C'est, ainsi que nous le verrons, que le paludisme, par suite de la lutte intense dont il a fait l'objet, a presque complètement disparu. Les affections épidémiques tels que le typhus et la variole, jadis causes d'épidémies catastrophiques ne sont plus représentées que par quelques cas ; la morbidité vénérienne est en régression.

Actuellement, ce sont les affections oculaires qui représentent le grand fléau social : conjonctivites aiguës et trachome représentent plus de 30 % du total des consultations et soins. La tuberculose, très répandue dans la région des Hauts-Plateaux, est en progression malgré les efforts pour l'enrayer dans les oasis du Sahara central.

Les manifestations épidémiques telles que typho-paratyphoïdes, coqueluche, oreillons, brucelloses, syndromes dyssentériques sont rares et leur fréquence est sensiblement identique à celle de la Métropole. Par contre, la carcinidie, ainsi qu'en témoigne une enquête très serrée, paraît moins importante.

Nous verrons successivement quelles sont actuellement les affections les plus répandues et les moyens de lutte mis en œuvre.

1°) Les affections oculaires. Lutte antiophtalmique :

Les ophtalmies alimentent toujours surabondamment les consultations des infirmeries et des « biout el aïnin », dans les régions sahariennes et présahariennes. Toutefois, le service médical, grâce aux puissants moyens thérapeutiques actuels, enregistre des succès encourageants. L'endémie trachomateuse ne régresse guère ; les taux établis chaque année, à la rentrée d'octobre, chez les écoliers, varient de 10 %, à Méchéria, à un taux voisin de 100 %, dans certaines oasis telles qu'Ouargla et surtout El Oued.

La lutte s'exerce à tous les échelons ; chacun des postes de secours ruraux est un centre de prévention et de traitement. Des flacons de collyre spécialement conditionnés dans ce but sont distribués à la population. Ces flacons, « collyre saharien familial », ont été largement répandus (plus de 200.000). Comme pour le paludisme, la lutte s'exerce contre l'agent vecteur et l'utilisation des insecticides contre les mouches, cette plaie des oasis, est particulièrement poussée.

Les médecins qui sont appelés à servir dans le Sud apprennent au cours d'un stage dans les services d'ophtalmologie de l'hôpital Mustapha, à Alger, à se familiariser avec les interventions les plus courantes de chirurgie oculaire avant de rejoindre leur poste. La « Mission Ophtalmologique Saharienne », de M^lle^ le Docteur Antoine, assistée d'un médecin et de deux infirmières, effectue, chaque année, deux à trois tournées de quinze à vingt jours chacune ; depuis 1948, cette mission dispose de deux camions spécialement aménagés, l'un en cellule opératoire, l'autre en dispensaire. Sa tâche consiste à guider les médecins dans leur action, dans les consultations et à pratiquer les interventions les plus délicates.

Les interventions chirurgicales (trichiasis et cataractes, en majorité) pratiquées dans les formations sanitaires se sont élevées à 2.678, en 1955.

2°) La tuberculose : lutte antituberculeuse et vaccination en masse par B.C.G. :

La tuberculose, surtout sous la forme pulmonaire, est fréquente parmi les populations sédentaires des Hauts-Plateaux, dans les régions présahariennes (Colomb-Béchar, Laghouat, Ghardaïa, Ouled Djellal), ou sahariennes septentrionales (Biskra, Touggourt, El Oued, Ouargla). Elle progresse dans le Sahara central et atteint même l'extrême Sud. Grâce aux antibiotiques associés parfois à la collapsothérapie, d'excellents résultats sont obtenus. Malheureusement, la lutte n'en demeure pas moins extrêmement difficile. L'état de sous-évolution des populations, la sous-alimentation, le terrain neuf, l'absence d'hygiène, la promiscuité, l'encombrement constituent autant de facteurs favorables au développement du fléau. De plus, malgré le dépistage scolaire systématique, le diagnostic ne peut être fait que tardivement et les autochtones admettent difficilement des traitements de longue durée et surtout en l'absence de phénomènes douloureux refusent les soins.

Depuis 1951, de vastes opérations de vaccinations en masse par le B.C.G., grâce à l'aide de l'O.M.S., ont été entreprises dans toute la zone septentrionale des territoires du Sud. Depuis quatre ans, les services de Santé publique ont ainsi testés 350.068 sujets, au point de vue de l'allergie, et 96.579 sujets ont été vaccinés. En territoire du Sud, la vaccination régulière par le B.C.G. est la mesure « princeps » dans la lutte antituberculeuse. Nous donnerons comme preuve éclatante de son efficacité l'exemple du Ksar de Béni-Ounif, dont les enfants de 1 à 15 ans ont été régulièrement vaccinés depuis 1927, sous la direction et le contrôle des Docteurs Foley, Parrot et Catanei, de l'Institut Pasteur d'Algérie : ce ksar est indemne de tuberculose, alors

que la grande oasis voisine (7 kilomètres) de Figuig, avec qui il est en relations constantes très étroites, est fortement touchée par le fléau.

3°) Le paludisme et la lutte antipaludique :

La lutte antipaludique est dirigée à la fois contre le moustique vecteur (lutte antianophélienne), sous sa forme larvaire (lutte antilarvaire) et adulte (lutte imagocide) et contre le germe causal (lutte anti-plasmodiale). La première comporte, d'une part, la destruction ou la neutralisation des gîtes, d'autre part, la démoustication des locaux d'habitation par des insecticides en pulvérisation ; la deuxième est réalisée par une action préventivocuratrice de masse aux médicaments de synthèse portant sur le réservoir de virus (enfants de 1 à 15 ans).

Parmi les grands travaux d'assainissement exécutés au cours de ces dernières années, il y a lieu de citer ceux d'Ouargla (1949-1952), d'El Goléa (1951-1952), de Timimoun (1951), d'Adrar (1952). Par ailleurs, une activité importante a été déployée par les équipes antipaludiques locales.

Grâce à ces travaux, le paludisme qui grevait lourdement la morbidité saharienne a parfois complètement disparu.

La chimio-prophylaxie, mesure complémentaire « d'appoint » n'a été mise en œuvre en 1955, que dans les rares oasis où les indices d'endémicité de printemps s'étaient avérés au-dessus des 10 %, seuil de danger de l'Institut Pasteur. L'établissement de l'indice splénique a été réalisé chez plus de 2.000 enfants de 1 à 15 ans, en avril et novembre : aucun taux après la campagne n'a été trouvé au-dessus de 7 %.

A Ouargla, où les efforts déployés ont été particulièrement intenses pendants quatre années, une véritable éradication du paludisme a été obtenue et il ne nous a pas été donner d'y observer un seul cas de paludisme, alors que l'endémie palustre y était particulièrement grave il y a seulement une dizaine d'années. De nombreuses oasis (Adrar, Aoulef, Timimoun, Béni-Abbès, Béni-Ounif) disputent à Ouargla l'honneur d'être

devenues des oasis sans paludisme. Le M'Zab, qui avait connu, en 1954, une épidémie massive de primo-invasion, apparaît assaini et la chimio-prophylaxie a pu y être supprimée. Cependant, un danger subsiste : les nomades, bien que l'endémie y soit faible, constituent un danger non négligeable pour les populations des oasis assainies et qui ont perdu leur prémunition (Ouargla), car leur surveillance médicale ne peut qu'être irrégulière. C'est le « paludisme des caravanes », de PARROT.

4°) LES MALADIES VÉNÉRIENNES. LA LUTTE ANTIVÉNERIENNE :

Réglementée par la circulaire gubernatoriale du 17 juillet 1923, la lutte antivénérienne vise à améliorer les vingt-sept dispensaires existants et à la tenue régulière du livret sanitaire des filles publiques. Le caractère assez particulier et l'importance de la prostitution dans les Hauts-Plateaux entraînait une morbidité vénérienne importante. Une surveillance médicale étroite, jointe à l'apparition des antibiotiques, ont permis une régression de l'endémicité. Il est à noter qu'agissant en terrain vierge, les antibiotiques ont une action plus rapide et plus spectaculaire à des doses moindres qu'en Métropole.

L'importance de la prostitution, en tant que phénomène social, est considérable dans le Sahara. Ses caractéristiques sont très différentes de celles de France. Les filles publiques jouent un rôle important dans la vie sociale et leur influence est certaine. Le quartier réservé, au centre de l'oasis, représente le seul lieu de repos et de détente physique et morale. Il résume à lui seul toutes les possibilités de distraction que l'oasis offre à l'autochtone : il est à la fois le café et le théâtre, le salon de thé et une salle de réunions. Le musulman y trouve, non seulement la satisfaction de ses besoins sexuels, mais aussi la compagnie d'une femme qui a voyagé, qui a vécu et dont l'intelligence est infiniment plus ouverte que celle de sa propre femme abrutie par la claustration perpétuelle.

Chaque prostituée cartée doit se présenter deux fois par semaine au dispensaire. Si son état le nécessite, son hospitalisation y est alors décidée pour le temps nécessaire à sa guérison.

Des prises de sang systématiques sont pratiquées et envoyées aux laboratoires d'analyse. Au cours de l'année 1955, l'effectif moyen des prostituées cartées a été de 821 et le nombre de leurs hospitalisations au dispensaire de 805.

La prostitution clandestine est malheureusement encore trop répandue et est à l'origine de la plupart des contaminations observées. S'exerçant fréquemment avec l'aide de ceux qui sont chargés de la combattre (chefs musulmans), elle rend inopérante dans bien des cas, la prophylaxie antivénérienne.

Cependant, contrairement à une opinion étrangement répandue chez certains confrères de grandes villes du Tell, l'ensemble de la morbidité vénérienne est peu élevée. Les chiffres stabilisés depuis plusieurs années ne dépassent pas 2 à 3 % de l'ensemble des consultations.

5°) Les affections épidémiques : le typhus.

La direction du service de Santé centralise les renseignements fournis par les médecins et les autorités locales qui assurent le dépistage des premiers cas. L'arsenal thérapeutique dont ils disposent comprend les vaccins (variole, typhus exanthématique, affections typhoïdiques) et, d'autre part, les moyens de désinfection et surtout de désinsectisation. Dans ce domaine, l'emploi depuis la dernière guerre, des insecticides chlorés dits « de contact à pouvoir rémanent », type D.D.T. et H.C.H., a constitué une véritable révolution dans la prophylaxie des maladies épidémiques transmises par les insectes qui pèsent lourdement sur la pathologie des territoires du Sud (moustiques pour le paludisme, mouches et conjonctivites, poux et typhus et fièvres recurrentes). Un très gros effort a été accompli dans l'utilisation de ces insecticides et les formations sanitaires sont approvisionnées en produits et en appareils projecteurs. Les résultats ont été concluants, c'est ainsi que le typhus exanthématique, dont les manifestations épidémiques avaient été particulièrement accusées de 1941 à 1945, a presque complètement disparu puisque seulement deux cas sans décès ont été observés en 1955.

6°) La variole et la vaccination antivariolique :

Les autorités administratives se sont employées à fournir au corps médical des listes très complètes afin de pouvoir vacciner la totalité de la population. On assiste encore à de petites bouffées sporadiques qui prouvent la survivance de l'état endémique mais les grandes épidémies ont disparu. Deux cas suivis de guérison ont été constatés en 1955, alors que pendant la même année, 241.291 vaccinations ont été pratiquées.

7°) Le cancer :

Depuis trois années, une grande enquête sur la carcinidie saharienne est en cours à l'instigation de la Direction du Centre anticancéreux d'Alger (Prof. J. M., Montpellier).

Le résumé des premiers résultats obtenu a été donné en 1954 par le Docteur Schweitzer qui a rassemblé au cours d'une enquête personnelle les cas observés par les médecins locaux.

La conclusion que l'on peut tirer de ces travaux est que, si les populations des territoires du Sud ne sont pas exemptes de cancer, cette affection y est nettement plus rare que dans les pays européens.

8°) Affections épidémiques plus rares et maladies infectieuses ou parasitaires :

Parmi les affections dont l'endémicité n'est pas caractéristique des territoires du Sud, nous pouvons citer :

Diphtérie : 8 cas en 1955, dont 1 décès.

Scarlatine : 6 cas en 1955.

Mélitococcie : 8 cas confirmés par le laboratoire.

Oreillons : bouffées épidémiques.

Rougeole, Rubéole, Coqueluche, Varicelle : épidémies infantiles plus ou moins importantes chaque année, mais en régression.

Affections pulmonaires, Grippe : se présentent sous formes de petites épidémies avec les complications classiques.

Dyssenteries, Entéro-colites aiguës : se présentent sous forme de diarrhées saisonnières. Ce sont des dyssenteries microbiennes ; l'amibiase est rare dans le Sahara, par contre, les toxicoses chez les nourrissons sont fréquentes, surtout en été, aggravées par la déshydratation.

Polyomiélite : 4 cas ont été constatés, dont 1 décès, en 1955.

Rage : tend à disparaître : 1 à 2 cas annuellement, actuellement.

Ophtalmies, Conjonctivites aiguës : sévissent en poussées épidémiques un peu partout et surtout dans l'erg.

Bilharzioze vésicale : 2 foyers ont pu être identifiés à ce jour : celui de Djanet et celui de Béni-Abbès. L'endémie y reste persistante.

Bouton d'Orient ou clou de Biskra : quelques cas sont signalés et vérifiés par le laboratoire, chaque année.

Piqûres de scorpions : présentent parfois d'emblée un tableau gravissime, contre lequel toutes les thérapeutiques et en particulier le sérum de l'Institut Pasteur, s'avèrent inefficaces.

Sous l'instigation du Médecin-Commandant REJENET, des hibernations ont été tentées et ont donné les meilleurs résultats.

CONCLUSION

Après avoir étudié les caractéristiques géographiques des territoires du Sud ainsi que leur organisation médico-sociale, nous nous sommes efforcé de dresser un rapide bilan de la pathologie de cette région et des solutions qui y ont été apportées.

Nous avons noté ce que nous avons pu constater au cours d'une année ; n'importe quel observateur impartial aurait pu aboutir aux mêmes observations.

Le bilan de notre œuvre saharienne est suffisamment éloquent pour n'avoir besoin ni de commentaires ni de défenseurs. L'accroissement fantastique de la démographie, la disparition des maladies épidémiques, catastrophiques autrefois, la diminution de celles qui subsistent à l'état endémique sont autant de réponses tangibles à des attaques qui n'auraient jamais dû être formulées.

Nous nous sommes bornés à présenter des faits et des statistiques aisément vérifiables, bannissant tout esprit de vaine polémique pourtant bien naturel en présence de la mauvaise foi des détracteurs de notre œuvre en Algérie.

Il serait injuste de ne pas rendre hommage à ceux qui en ont été les artisans. Ils sont les meilleurs agents de la cause française dans ces régions déshéritées du Sud Algérien où nulle part au monde n'apparaît plus vide de sens le terme de colonialisme.

L'édifice médico-social de ces territoires, fortement charpenté en 1918, continue à se montrer solide, harmonieux et ordonné.

Toutefois, nous fumes témoin des premiers incidents coïncidant avec notre arrivée sur le continent africain, puis de l'extension des troubles aux quatre départements littoraux. A notre départ, les premiers signes du pourrissement du Sud, ce Sud si attirant et que nous avions connu si attaché à la France, se manifestaient ; et nous eûmes la tristesse d'y participer aux premiers combats.

Nous ne saurions mieux conclure qu'en citant, après le directeur du service de Santé des territoires du Sud, à l'issue de son rapport de 1955, la phrase de Lyautey constatant « qu'ils ont offert le spectacle réconfortant d'un groupement ou des hommes différents d'origine, de race, d'habits, poursuivent sans rien abdiquer de leurs conceptions individuelles la recherche d'un idéal humain commun ».

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
F. PIECHAUD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 Décembre 1956

Le Recteur :
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

Amat (R.). — *Quelques remarques sur la pathologie de l'oued Rir'* (thèse de Doctorat, Paris, 1920).

Antoine (R.), Legroux (S.) et Lafourcade. — « Bilan carcinologique de la mission ophtalmologique saharienne » (*Bull. Alg. de Carcinologie*, n° 14, 2e trim., 1952).

Capot-Rey (R.). — *Géographie de la circulation sur les continents* (Gallimard, 1956).

— *Le Sahara français* (Payot, 1953).

Costantini (H.). — « Essai sur la météropathologie chirurgicale en Afrique du Nord » (*Maroc Médical*, n° 187, 1938).

Dillon (D.). — Discours prononcé par Son Excellence Mr. Douglas Dillon, ambassadeur des U.S.A. à Paris, devant la presse diplomatique française, le 20 mars 1956.

Dubief (J.). — *Essai sur l'hydrologie superficielle au Sahara* (thèse Alger, 1953).

Eydoux (H.-P.). — *L'homme et le Sahara* (Gallimard, 1953).

Foley (H.). — « Aperçu de la pathologie indigène dans les Territoires du Sud Algérien » (*Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, t. XVII, n° 1, 1939).

Foley (H.) et Parrot (L.). — « Le trachome des nourrissons dans les oasis sahariennes » (*Archives Institut Pasteur Algérie*, t. XXXII, 1954, p. 86 à 91).

« Sur la recherche collective de l'infection tuberculeuse au moyen de la B.C.G. tuberculino-réaction » (*Archives Institut Pasteur Algérie*, 1944)

— « Sur la prémunition antituberculeuse par scarifications cutanées » (*Archives Institut Pasteur*, 1945).

Galan (P.). — « Contribution à l'étude du problème alimentaire au Hoggar » (*Archives Institut Pasteur*, t. XXIX, 1951).

Genty (P.). — *La prophylaxie du paludisme, sa conception actuelle* (thèse de Doctorat, Alger, 1954).

Léonar (R.) et Cuttoli (M.). — *Les Territoires du Sud. Compte rendu de l'œuvre accomplie de* 1947 *à* 1952 (Imprimerie officielle, Alger, 1953).

Lehuraux (L.). — « La réorganisation des Territoires du Sud » (*La documentation d'Outre-Mer*, Paris, sept. 1951).

Mandoul (R.) et Jacquemin. — *Assainissement de l'oasis palustre d'Ouragla, juillet* 1951 (Masson, Paris, 1951).

— *Etude épidémiologique du paludisme dans l'oasis d'Ouargla* (C.M.U.F., Paris, janvier 1950).

Marie (A.) et Savelli (A.). — « In Salah et le Tidikelt oriental » (*Archives Institut Pasteur Algérie*, 1955).

Passager (P.). — « L'assistance médicale et médico-sociale dans les Territoires du Sud Algérien » (*Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, Paris, 1948).

— « L'assistance médicale au Fezzan » (*ibid.*).

— « Essai d'éradication du paludisme dans une oasis du Sud Algérien (*ibid.*, 1951).

— « Quatre années de lutte antipaludique » (*Doc. Alg.*, janv. 1953).

— « Rapport sur le fonctionnement de l'assistance médico-sociale durant l'année 1955.

Reboul (E.). — Le Gourara - « Etude historique géographique et médicale » (*Archives Institut Pasteur Algérie*, 1953).

Sergent (E.). — « Le peuplement humain du Sahara » (*Archives Institut Pasteur Algérie*, 1953).

Schweitzer (J.). — *Essai sur la carcinidie dans les Territoires du Sud Algérien* (thèse Doctorat, Alger, 1954).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

1re PARTIE. — LES CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES, CLIMATOLOGIQUES ET ETHNIQUES DES TERRITOIRES DU SUD.

1. Limites géographiques 11
2. Organisation administrative 12
3. Climatologie 12
4. Peuplement 15

Conditions de vie 17

Thérapeutiques indigènes 22

2e PARTIE. — L'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE DES TERRITOIRES DU SUD.

1. Historique 26
2. Les établissements de l'assistance médico-sociale 27
3. Le personnel 28
4. Le fonctionnement 29

3e PARTIE. — LA PATHOLOGIE DES TERRITOIRES DU SUD ; LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES ET LES FLÉAUX SOCIAUX.

1. Affections oculaires ; lutte antiophtalmique .. 36
2. Tuberculose ; lutte antituberculeuse à B.C.G. 37
3. Paludisme ; lutte antipaludique 38
4. Maladies vénériennes ; lutte antivénérienne .. 39
5. Affections épidémiques : le typhus 40
6. Variole ; vaccination antivariolique 41
7. Le cancer 41
8. Affections épidémiques plus rares ; maladies infectieuses ou parasitaires 41

CONCLUSION 43

BIBLIOGRAPHIE 46

Impr. Samie Bordeaux — Dépôt légal N° 15.628 — 4e Trimestre 1956